

Nettverk for miljørettet helsevern i Akershus (MIA)

Helse- og omsorgsdepartementet, Folkehelseavdelingen
Pb 8011 Dep
0030 OSLO

17.01.11

HØRINGSSVAR - NY FOLKEHELSELOV

Det vises til høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet 18.10.10 med forslag til ny folkehelselov. Denne høringsuttalelsen er skrevet på vegne av et nettverk for fagpersoner som til daglig jobber med miljørettet helsevern i kommuner i Akershus. Lovforslaget ble gjennomgått på et heldagsmøte 26.11.10, og innspillene derfra er sammenfattet i uttalelsen.

Miljørettet helsevern i Akershus har en egen nettside: www.baerum.kommune.no/mia. Her er informasjon om nettverket og en oversikt over kommunene som deltar.

Hovedtrekk i ny lov

Ansvar for folkehelsearbeidet flyttes fra kommunens helsetjeneste til kommunen som ansvarlig virksomhet. Dette er i tråd med ønsket om at folkehelsearbeidet skal være sektorovergripende og ha fokus på en samfunnsutvikling som fremmer god helse og trivsel.

Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden og viktige påvirkningsfaktorer er konkretisert. Det betyr å ha statistikk og kunnskap om lokale utfordringer innenfor helse- og miljøfeltet. En helhetlig og systematisk oversikt skal være med som grunnlag for kommunens planstrategi (jf plan- og bygningsloven) og gi et felles grunnlag for drøfting av tiltak og prioritering av innsatsen i hele kommunen.

Det skal fastsettes mål og strategier i folkehelsearbeidet som er egnet for å møte utfordringer i kommunen. Et hovedpoeng er at mål og strategier blir forankret i sentrale plan- og beslutningsprosesser i kommunen, og koblet til planprosessene etter plan- og bygningsloven.

Lovforslaget støtter erkjennelsen om at helsen påvirkes av forhold i alle sektorer. Arbeid, utdanning, boforhold, trafikksikkerhet, støy, friluftsmuligheter og idrettsanlegg er eksempler på temaer som påvirker helsen enten positivt eller negativt. Derfor må folkehelsearbeidet også styres ut fra et samfunnsperspektiv. Alle sektorer må foreta vurderinger av sin virksomhet som viser hvordan ulike tiltak påvirker folkehelsen og miljøet.

Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene får i lovforslaget presisert sitt ansvar for å bistå kommunene i folkehelsearbeidet. Fylkeskommunen skal være pådriver, blant annet gjennom alliansebygging og partnerskap og ved å understøtte kommunenes arbeid. Helsedirektoratet skal bidra til utvikling av et kunnskapsbasert folkehelsearbeid gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder. Folkehelseinstituttet er og blir en viktig aktør

som bidragsyter til kunnskap og forskning. I tillegg er deres ansvar for beredskapsstøtte til kommunene presisert. Fylkesmannen skal iverksette nasjonal politikk på område, og drive råd og veiledning i folkehelsearbeidet.

MIA nettverket mener

Lovforslaget legger godt til rette for en mer samordnet innsats i folkehelsearbeidet, og kan bidra til at arbeidet blir mer kunnskapsbasert, målrettet og systematisk.

Å skaffe seg en god oversikt over helsetilstand og hva som påvirker helsen og miljøet i en kommune, samt å vedlikeholde denne oversikten kan være en krevende øvelse. Støtten som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gi kommunene vil bli veldig viktig.

Forslaget om å bruke oversikten og kunnskap om kommunens helseutfordringer som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi støttes. Data og statistikk om befolkningens helse utgjør et viktig grunnlag for å vurdere kommunens utfordringer og fremtidige planbehov.

Kommunenes kompetanse innenfor miljørettet helsevern er varierende. God oppfølging av loven vil kreve et minimum av kompetanse på flere områder. Det bør komme presise krav om hva slags kompetanse kommunen skal ha. Slik som bestemmelsene nå er utformet virker den samfunnsmedisinske kompetansen veldig knyttet til kommunelegefunksjonen. Det må også være noen til å utføre tilsynet i praksis, og det skal kunne gjennomføres på en forsvarlig måte.

Kommentarer til enkelte paragrafer

§ 1 Formål

Formålsparagrafen retter blant annet fokuset på å motvirke sosiale helseforskjeller. Dette er i tråd med hva som er en av vår tids store helseutfordringer, nemlig ujevn fordeling av helsen.

Kommunens helsetjeneste er tatt ut av regelverket for å synliggjøre et bredt kommuneansvar. Da bør formålsparagrafen benytte begrepet ”staten” i stedet for ”statlige helsemyndigheter”. Det bør være et formål at ”staten” også samordner innsatsen i folkehelsearbeidet.

§ 3 Definisjoner

I definisjonen av folkehelsearbeid brukes ”skade og lidelse”, mens formålsparagrafen benytter uttrykket ”skade eller lidelse”. Dette bør være likelydende.

§ 4 Kommunens ansvar for folkehelsearbeidet

Teksten i tredje ledd kan virke uklar fordi det brukes uttrykk som ”andre myndigheter” og ”andre sektorer”. Hvis det skal være et poeng at kommunen skal framstå som en samordnet enhet bør ”med andre sektorer” strykes. Forslag til ny tekst for tredje ledd, annen setning:

Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser og samarbeid, herunder planlegging.

§ 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Det er bra at § 1-4 i kommunehelsetjenesteloven blir presisert. Bestemmelsen legger til rette for at kommunen kan skaffe seg det nødvendige grunnlaget for å synliggjøre utfordringene lokalt. Det vil legge til rette for kvalifiserte diskusjoner og riktige prioriteringer.

Lovverket vil utløse et økt behov i mange små kommuner for kompetanse, både innen statistikk og samfunnsmedisin for å gjennomføre dette på en forsvarlig måte. Videre veiledning fra sentrale helsemyndigheter og fylkeskommune bør legge vekt på metodebeskrivelse og bruk av kunnskapskilder. Her vil mange kommuner trenge hjelp.

§ 6 Mål og tiltak

Det er bra at kommunen som helhet får et ansvar for å fastsette mål og strategier, og legge planer og gjennomføre tiltak. Det gir mulighet for å samordne ressurser og tverrfaglig kompetanse, som er nødvendig for å utforme helhetlige tiltak. Det vil imidlertid kreve store utviklingsprosesser i mange kommuner. Kommunen må organisere seg slik at den sikrer seg nødvendig kompetanse i plan- og beslutningsprosesser. Slike prosesser er lange og krevende.

Det kan handle om å etablere en ny kultur i en organisasjon. Fagpersoner skal delta på nye arenaer. Det kan også være nødvendig å omorganisere flere prosesser og arbeidsoppgaver. Noen erfaringer fra slike prosesser:

- For å bli tatt med i starten av et tverrfaglig samarbeid må du ha en rolle eller funksjon i lovverket. Enten fordi et lovverk setter krav til å innhente uttalelser fra andre sektormyndigheter, eller fordi man har en sentral rolle i eget regelverk.
- Dette har for eksempel barnerepresentanten og medisinskfaglig rådgiver hatt. De slipper ofte først til i ”det gode selskap” mens andre og mer perifere grupper har en mye lenger vei å gå til plan- og beslutningsprosessene.

I den grad slike prosesser ikke er påbegynt eller tverrfaglige arenaer etablert i kommunen, er vi usikre på om det er lurt å fjerne bestemmelsen om at medisinskfaglig rådgivers uttalelse skal følge saker som omhandler miljørettet helsevern (jf § 35 i kommunehelsetjenesteloven). Det kan være avgjørende for en god oppfølging av denne loven at den medisinskfaglige rådgivningen fortsatt har en plass i regelverket.

Kapittel 3 miljørettet helsevern

MIA-nettverket er veldig fornøyd med forslaget om å videreføre bestemmelsene om miljørettet helsevern som i dag er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a. Bestemmelsene er et godt myndighetsverktøy for å følge opp utfordringer innenfor ulike miljøfaktorer i virksomheter og eiendommer. Spesielt viktig er sikkerhetsnettfunksjonen disse bestemmelsene har når en står overfor miljøforhold som faller mellom ulike regelverk.

§ 9 Beredskapsplan

Dette er en ny bestemmelse som retter seg mot beredskap knyttet til miljørettet helsevern. Bestemmelsene viderefører dagens regler, dels fyller et hull om beredskapsansvar i gjeldende rett. Det omfatter forebyggende og skadebegrensende tiltak ved ekstraordnære i situasjoner knyttet til biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale hendelser, for eksempel å vurdere helserisiko ved en mulig eller faktisk hendelse, populasjonsrettede tiltak blant annet for å begrense eksponering, informasjon til befolkningen, helseovervåkning.

Dette er forhold som ikke er tilstrekkelig ivaretatt i forurensningsloven hvor formålet er primært å beskytte det ytre miljø. Ei heller i helseberedskapsloven som er en overordnet beredskapslov som har til formål å bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester i kriser og katastrofer i fredstid og i krig.

Det er naturlig at bestemmelsene kobles til øvrig beredskapsplanlegging i kommunen. Det er fornuftig at bestemmelsen sees i sammenheng med øvrige virkemidler innen miljørettet helsevern, som myndighet til retting og stansing, for å håndtere ekstraordinære situasjoner i forholdt til liv og helse. Tilfredsstillende oppfølging av denne oppgaven vil imidlertid kreve at kommunen også har tilgang på samfunnsmedisinsk kompetanse. Folkehelseinstituttet støtte til kommunen er viktig når uønskede hendelser oppstår.

§ 17 Overtredelsesgebyr

Dette er virkemidler som mangler i dagens kommunehelsetjenestelov. Nå er det imidlertid også åpnet for at kommunen kan benytte virkemidler i vegtrafikkloven § 7.

Et eksempel på et forhold som er aktuelt er når det overskrides bestemmelser om bygge- og anleggsstøy. Ofte er kravene satt i reguleringsbestemmelser etter plan- og bygningsloven, men det er lite å følge opp med i praksis når overtredelsene allerede har funnet sted. Utbygger kan bare beklage det inntrufne og hevde at aktivitet som utløste overtredelsene ikke lenger er aktuelle. I slike tilfeller kan det ha en preventiv effekt at det kan gis gebyrer.

Veiledningen bør forklare forskjellene på tvangsmulkt og overtredelsesgebyr. Bruken og satsene bør være like over hele landet, jf plan- og bygningsloven § 32-8. Her kan kommunen illegge ”straff”. Overtredelsesgebyr er også et virkemiddel som må brukes med forsiktighet. I motsetning til tvangsmulkt tilfaller gebyret kommunen.

§ 21 oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i fylket

Bestemmelsene fastsetter fylkeskommunens plikt til å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket. Det kan lette arbeidet for kommunene når de skal lage sin systematiske oversikt. Det er store forventninger til denne støtten, men vi er også usikre på om fylkeskommunen besitter slik kompetanse i dag.

I andre ledd står følgende:

Oversikten skal baseres på:

a. opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig.

Merknad: I forhold til slagordet ”helse i alt vi gjør” burde fylkeskommunen få ansvar for å innhente opplysninger fra flere enn statlige helsemyndigheter så lenge forholdene kan ha innvirkning på helsen. Det foreslås derfor å bytte ut begrepet ”statlige helsemyndigheter” med ”statlige myndigheter”. Det foreslås også å legge inn et

c. om befolkningsundersøkelser.

Dette er en ressurskrevende øvelse for den enkelte kommune, samtidig som befolkningsundersøkelsene gir viktig kunnskap for kommunene for å følge opp bestemmelsene i § 5.

§ 22, 23, 24 presiserer statlige helsemyndigheters ansvar

Det er veldig bra at dette ansvaret presiseres. Innenfor miljørettet helsevern savnes det i dag en 2-linje tjeneste som kan understøtte kommunens arbeid, slik det i dag fungerer innenfor smittevernet og strålevernet.

Vi har også store forventninger til at det tas et initiativ til å utvikle utvikling nasjonale normer og standarder. Det er et ønske om nasjonale skjemaer og maler for arbeidet med miljørettet

helsevern til bruk i kommunene for å fremme lik behandling. Dette kan utarbeides på en type konsensusmøter hvor alle kan komme med innspill i forkant som samordnes og det blir enighet om standarder som skal brukes i kommunene.

Lovforslaget her legger opp til at Folkehelseinstituttet skal være helsefaglig ”hovedovervåker”- underforstått også avklare helsemessige konsekvenser av miljøforurensninger. Det er også behov for å tydeliggjøre koblingene mellom aktuelle lovverk, grenseganger, samt ulike fagmyndigheter rolle i et folkehelseperspektiv. En trenger blant annet god ”dataflyt” mellom ulike statlige fagmyndigheter når hele ”trusselbildet” for folkehelsen skal tegnes. Det ideelle hadde vært om kapittel 5 kunne hatt tittelen *statlige myndigheters* ansvar, slik at ansvaret for alle instanser som forvalter miljøkunnskap med mulige ”folkehelseeffekter” ble forankret her. Da ville logikken med ”felles folkehelseansvar” også på overordnet nivå blitt bedre ivaretatt – på samme måte som nå ”hele kommunen” nå får lokalt ansvar.

§ 28 Samfunnsmedisinsk kompetanse

- er dette kompetansekravet plassert på rett sted (jf overskrift på kapitlet)?

Det er viktig at kommunen besitter helsefaglig og samfunnsmedisinsk kompetanse i dette arbeidet, for å sikre effektive tiltak med ønsket effekt. I oppfølgingen av loven blir satt fokus på hvordan denne kompetansen kan sikres. Blant annet bør en se på finansieringsordninger som kan støtte det lokale folkehelsearbeidet, slik for eksempel fastlegeordningen har sikret individrettede legetjenester.

Folkehelseloven med kapittel om miljørettet helsevern skal ha en sikkerhetsnettfunksjon. MIA-nettverket ber om at det i oppfølgingen av loven blir satt fokus på hvordan denne kompetansen kan sikres. Kommunen må ha nødvendig folkehelsefaglig og epidemiologisk kompetanse til å ivareta sitt ansvar inne folkehelse, herunder tilstrekkelig kompetanse til å ivareta sin myndighet innen miljørettet helsevern.

En stor utfordring i folkehelsearbeidet er utviklingen av psykisk helse. For å møte disse vil kommunene få økt behov for mer kompetanse innenfor psykologi. Videre arbeid med oppfølging av loven bør ha fokus på hvordan en kan bidra til å sikre slik kompetanse.

§29 Beredskap

Det bør utarbeides standard skjema for meldeplikten.

§ 32 Statlig tilsyn med lov om folkehelsearbeid

Hvem som skal ha tilsynet med lov om folkehelsearbeid bør følge av ansvarsprinsippet som er lagt til grunn i loven. Her er det foreslått at kommunen som sådan har ansvaret framfor kommunens helsetjeneste (jf kommunehelsetjenesteloven). Da bør også tilsynet legges til fylkesmannen som kan se kommunen innsats i et helhetlig og sektorovergripende perspektiv.

Med hilsen

**Miljørettet helsevern i
Akershus**

Kontaktpersoner er: Rune Skatt, Bærum kommune (67503221)
Arild Øien, Oppegård kommune (66819109)